I

Tumeurs multiples du foie de types histologiques différents (cancer épithélial primitif et lymphocytome (?) secondaire).

II

Sur le mécanisme de la récidive cancéreuse.

III

Sarcome à myéloplaxes du corps thyroïde.

IV

Cancer du sein développé au voisinage d'un nodule de fibro-adénome (?). — Propagation par transformation très étendue

PAR

PIERRE NADAL,

G. STEINHEIL, Éditeur.



Extrait des **Bulletins de la Société Anatomique**, Juillet 1910

I

Tumeurs multiples du foie de types histologiques différents [Cancer épithélial primitif et lymphocytome (?) secondaire],

par M. PIERRE NADAL.

La pièce anatomique dont nous vous présentons un certain nombre de préparations constitue un cas d'une coïncidence assez rare de deux néoplasmes très différents. Le diagnostic clinique, est-il besoin de le dire, ne fut pas fait dans son entier. Il fut précisé seulement par une autopsie assez complète.

Le sujet porteur de cette lésion était un homme de 56 ans dans les antécédents duquel on ne relève qu'une atteinte de paludisme à 27 ans ; le malade entrait le 18 juin 1906 dans le service de notre maître, le professeur Picot, à l'hôpital St-André de Bordeaux. Il présentait à ce moment-là de l'œdème des membres inférieurs surtout à droite, de l'ascite, une augmentation de volume du foie et des troubles digestifs marqués, le tout accompagné de douleurs très pénibles.

On crut à un cancer du foie secondaire à un cancer du tube digestif.

Progressivement se manifesta une grosse adénopathie inguinale. Le malade marcha très vite vers la cachexie et succomba après 40 jours de séjour à l'hôpital.

A l'autopsie on trouve un foie volumineux pesant 2.400 grammes, infiltré de marrons néoplasiques dans toute son épaisseur. Les ganglions du hile sont également hypertrophiés. De même, les ganglions lombaires et il existe une chaine ganglionnaire à peu près continue venant rejoindre la tumeur inguinale.

La vésicule biliaire est un peu distendue.

L'examen minutieux des divers organes splanchniques ne permet pas de déceler le moindre néoplasme, pouvant être considéré comme le foyer primitif de la tumeur. Le tractus digestif est examiné de très près depuis l'œsophage jusqu'au rectum. Le pancréas présente avec le foie des adhérences inflammatoires, mais à la section on voit très nettement que cet organe est indemne.

Rien au poumon, si ce n'est quelques adhérences pleurales diaphragmatiques. Aucun néoplasme du rein, ni de la vessie, ni de la prostate.

La masse néoplasique englobe en bas la veine iliaque et pousse des prolongements vers l'articulation coxo-fémorale et la face antérieure du grand trochanter. Le nerf crural lui-même est envahi.

Les cavités craniennes et médullaires ne sont pas ouvertes.Le malade n'avait d'ailleurs jamais présenté aucun signe pouvant orienter les recherches de ce côté-là.

L'examen microscopique des fragments prélevés en divers points nous montre que la lésion est constituée par deux néoplasmes distincts; l'un,à caractères épithéliomateux,sans doute d'origine hépatique primitive, est cantonné au foie, aux ganglions hiliens et à la surrénale droite, l'autre est un néoplasme d'ordre conjonctif ; un sarcome ; c'est lui qui forme la totalité de la tumeur inguinale et de la plupart des tumeurs ganglionnaires. Il atteint aussi le foie où il se présente des nodules volumineux alternant avec les territoires de dégénérescence cancéreuse.

Cancer épithélial. — Il se présente à peu près en toustpoints sous un aspect carcinoïde ; tantôt la structure est assez nettement alvéolaire, la charpente relativement épaisse, les cellules volumineuses, bien nourries, plus ou moins flottantes dans les cavités qui les contiennent ; tantôt la charpente est plus grêle, les cellules petites et la nécrose très marquée ; nulle part ces éléments ne manifestent de tendance à prendre les apparences de cellules cylindriques typiques.

En quelques points, on observe la propagation par transformation, en d'autres termes la formation du cancer par dégénérescence de travées hépatiques, celles-ci paraissant se continuer avec les îlots de cellules cancéreuses.

Cette transformation est parfois préparée dans la région hépatique contiguë par un travail d'hyperplasie manifeste ; on peut voir là des travées hépatiques hypertrophiées remarquables par l'augmentation de nombre des noyaux cellulaires, par leur hyperchromasie, et par le groupement de ces mêmes travées en véritables petits nodules adénomateux.

Mais en d'autres points, on observe la propagation par irruption, c'est-à-dire que le cancer primitif de certaines parties du foie, se comporte comme un cancer secondaire pour le reste de la glande ; c'est là d'ailleurs une loi évolutive du cancer dont tous les organes nous offrent des exemples.

Ce foie présente de plus une sclérose systématisée assez ancienne à type de cirrhose biveineuse.

Les lésions des ganglions hiliens sont profondes, mais banales ; le cancer y reproduit le type histologique épithélial que nous venons d'étudier dans le foie.

Le nodule surrénal, tout petit, gît en pleine substance médullaire ; de plus toutes les voies lymphatiques périsurrénales que la coupe intéresse sont injectées de cancer qui vient ainsi jusqu'au contact de la capsule ; mais la région corticale est indemne.

Lymphocytome. — Nous lui donnons cette appellation faute d'en trouver une plus précise et plus sûrement méritée ; l'étendue de sa distribution est très considérable, puisqu'il se rencontre dans toute la zone néoplasique. C'est lui qui forme exclusivement toute la partie inférieure de la tumeur et en particulier celle qui est en rapport avec le fémur ; c'est lui qui a frappé et envahi la veine iliaque déterminant une thrombose de ce vaisseau ; c'est encore par lui que le nerf crural est mis à mal, et il forme d'autre part dans le foie des colonies nodulaires volumineuses.

Ces nodules sont assez nettement délimités ; s'ils ne s'encapsulent pas à vrai dire, ils sont bordés par une zone d'envahissement en front de bataille qui dessine une courbe très régulière ; autour d'eux on observe la régression et l'atrophie du tissu hépatique, et non pas l'hyperplasie adénomateuse comme au voisinage de certains points de la tumeur épithéliale. Le tissu de l'organe est refoulé en masse et non point finement disséqué, comme il l'est dans les points d'envahissement secondaire de ce même cancer épithélial, où l'on peut voir de minimes infiltrations cancéreuses s'insinuant entre les travées hépatiques disloquées.

Ce néoplasme présente la constitution générale d'un conjonctivome, d'un sarcome. Les éléments sont petits, arrondis, à noyaux fortement colorables, lymphocytoïdes. Ils sont très nombreux, modérément serrés, et soutenus par une sorte de stroma intercellulaire délicat, dans lequel on peut soupçonner, mais non préciser faute de fixation convenable, les caractères d'un réticulum lymphoïde. Les vaisseaux sont nombreux, leur forme est lacunaire ; aucune paroi spéciale ne les circonscrit bien nettement.

L'aspect d'ensemble se rapproche donc beaucoup des lymphosarcomes vulgaires, lymphocytomes de Ribbert et de Ménétrier.

En ce qui concerne la tumeur épithéliale, l'absence complète de tout foyer cancéreux du tube digestif, les caractères propres de la tumeur, l'existence d'apparences diverses dont les unes sont celles de l'envahissement discontinu et par irruption, et dont les autres ne sauraient être interprétés que comme transformation maligne primitive des éléments nobles du foie lui-même, la préexistence d'une lésion cirrhotique ayant déterminé le morcellement du foie en petits nodules dont quelques-uns constituent des pseudo-adénomes avec état hyperplasique marqué, véritable état pré-cancéreux ; tout cela nous permet sans aucune hésitation, de la considérer comme un cancer primitif du parenchyme hépatique.

Quant à la tumeur sarcomateuse, il est beaucoup plus difficile d'en préciser l'origine ; il est tout à fait invraisemblable qu'elle ait eu pour siège primitif le foie. Son origine ganglionnaire paraîtrait à peu près certaine si le développement de cette tumeur ne s'était étendu jusqu'au contact du fémur.

La question peut ainsi se poser de savoir si cette tumeur n'est pas d'origine osseuse, le foyer inguinal était très développé, les accidents de compression veineuse ont été d'abord unilatéraux et ont toujours prédominé sur le membre inférieur droit. Des convenances administratives nous ont d'ailleurs empêché de pousser l'autopsie dans le sens convenable pour élucider le problème.

Faut-il compter sur la forme histologique du néoplasme pour nous donner une certitude sur son origine ; non, car les néoplasmes du tissu osseux et ceux de la moelle osseuse sont encore trop mal classés. Nous ne pouvons donc que conclure d'une façon assez large à un néoplasme ayant pour origine un tissu du groupe lymphoïde.

Quoi qu'il en soit de cette incertitude, le fait n'en méritait pas moins d'être noté à cause de son extrême rareté. La pluralité des tumeurs malignes en coïncidence, non pas seulement

dans un même organisme, mais encore dans un même organe est un fait du plus haut intérêt.

On doit remarquer dans ce cas-là, la délimitation exacte des territoires néoplasiques de l'une ou de l'autre espèce, même lorsqu'il y a voisinage immédiat ou contact entre les deux tumeurs coexistantes. On doit les opposer par conséquent aux tumeurs mixtes dans lesquelles il y a mélange et même combinaison de divers tissus se développant avec une solidarité parfaite.

Dans ce cas de tumeur double que nous rapportons, les domaines des deux tumeurs sont distincts et ne coïncident que dans un organe, le foie, chacune suivant dans son évolution, ses tendances propres, sans être influencée par l'autre. Dans le cas de tumeur mixte au contraire, l'un des tissus sert de matrice commune à tous les autres et se retrouve souvent même seul dans toutes les métastases, y précédant ou y accompagnant toutes les autres variétés tissulaires de la tumeur.

L'existence dûment constatée de tumeurs multiples entièrement différentes des tumeurs mixtes nous facilite l'individualisation de ces dernières, fait disparaître la confusion irréfléchie que l'on tendrait parfois à faire de ces deux catégories de processus ; et de la sorte, contribue ainsi à rendre moins obscure l'histoire si complexe des tumeurs mixtes.

II

Sur le mécanisme de la récidive cancéreuse,

par M. Pierre Nadal.

Nous avons l'honneur de vous présenter quelques préparations microscopiques intéressantes et instructives, concernant les modes suivant lesquels s'effectue la récidive du cancer.

La première provient d'un cancer cutané de la région latérale du cou. Cette tumeur a présenté une évolution extrêmement maligne, et a récidivé sur place avec une rapidité et une ténacité désespérantes, malgré cinq interventions sanglantes successives dont la dernière avait été complétée par une fulguration.

Il s'agit ici d'un épithélioma tubulé ou épithélioma carcinoïde très actif, peut-être d'origine branchiale.

L'intérêt de la préparation est tout entière dans l'état des voies lymphatiques au voisinage de la zone d'envahissement de la tumeur et en particulier des lymphatiques du réseau dermique.

On peut voir en plusieurs points de la préparation, des vaisseaux

lymphatiques cutanés distendus et contenant de très nombreuses cellules cancéreuses, conformément au dessin ci-contre (fig. 1), ces éléments sont désagrégés, dissociés, et non pas cohérents en un cylindre compact comme on l'observe dans les processus de lymphangite cancéreuse commune.

La pathogénie de la récidive des tumeurs cancéreuses extirpées est encore discutée. On tend à l'expliquer en invoquant l'extension microscopique préalable du cancer au point où va se développer le foyer de récidive. Il y aurait récidive parce que l'excision n'a pas dépassé les limites du territoire atteint. Bien qu'il en soit souvent ainsi, une telle explication ne cadre pas avec les faits obser-

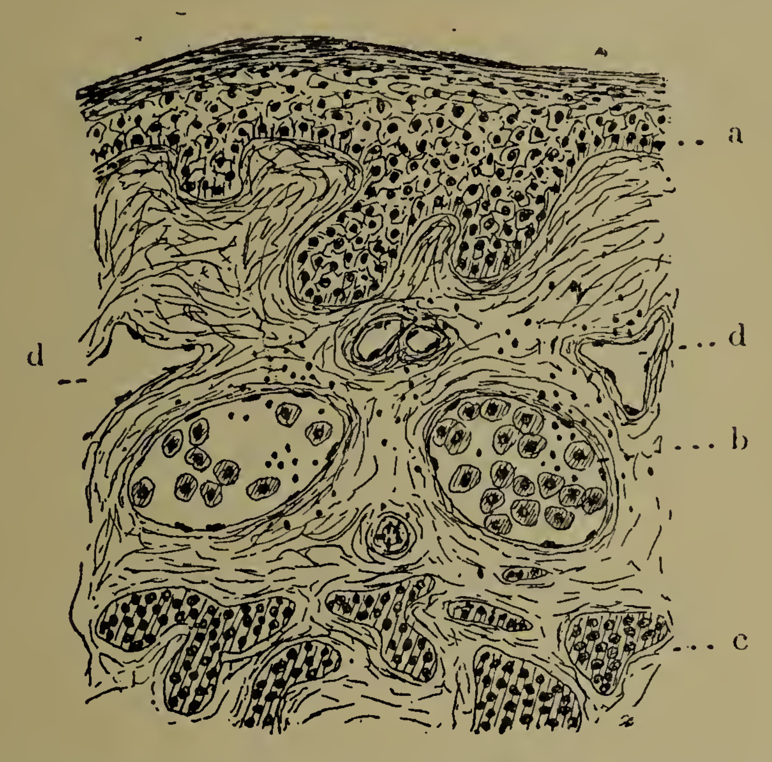


Fig. 1. — Souillure de la lymphe du réseau cutané par des cellules cancéreuses libres (tumeur de la région parotidienne,— professeur Lanelongue).
a. Epithélium cutané ; *b*. Lymphatiques atteints du réseau dermique ; *c*. Zone d'envahissement de la tumeur ; *d*. Autres voies lymphatiques.

vés de récidive locale de cancers extirpés pourtant de façon très large.

On peut aussi, dans quelques cas, invoquer l'inoculation directe par le bistouri ayant sectionné des portions de néoplasme et restant chargé de particules cancéreuses. Avec les méthodes d'exérèse large que l'on emploie aujourd'hui, cette explication ne peut que rarement convenir.

L'exemple que nous vous apportons montre la possibilité d'un autre mode d'inoculation de la plaie permettant de dissiper toutes les obscurités qui planent sur le mécanisme des récidives locales.

Ce mode d'inoculation est le dégorgement sur la plaie opératoire de la lymphe tenant en suspension des cellules cancéreuses mobilisées.

Non seulement ce processus peut entrer en jeu, mais *il n'est pas possible qu'il n'entre pas en jeu* pour les raisons suivantes :

A partir d'un certain degré de développement, et de façon précoce, la tumeur est toujours en rapport avec les lymphatiques de la région. Les manipulations par lesquelles le chirurgien aseptise son malade au moment d'intervenir, sont toujours énergiques, et doivent forcément désagréger les éléments cancéreux très actifs des zones marginales de la tumeur, et en souiller la lymphe dont le cours se continue pendant ces manipulations et se précipite même sous l'influence des vigoureux massages subis.

Ainsi les réseaux voisins, le réseau cutané en particulier, contiennent une lymphe suspecte.

Quelque soin qu'on prenne, et de dépasser les limites de la tumeur et de l'enlever d'un seul bloc avec le système lymphatique afférent, troncs lymphatiques valvulés et ganglions, on n'est plus

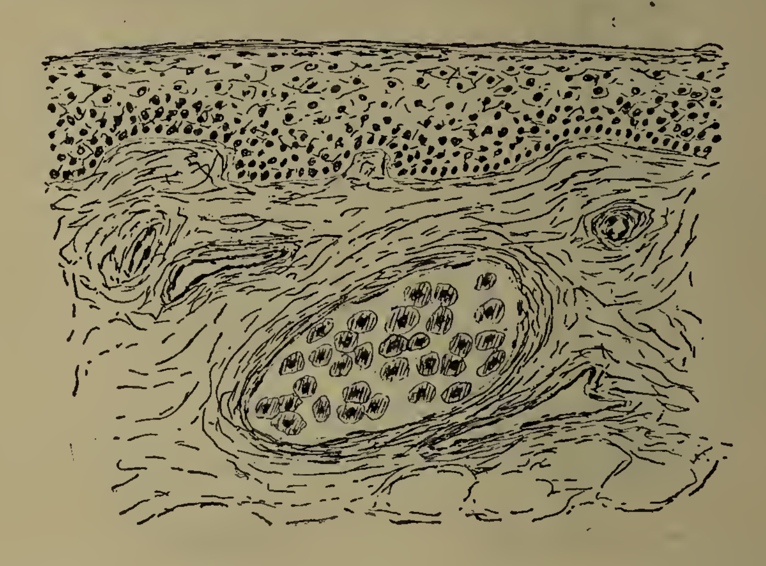


Fig. 2. — Un lymphatique cutané charriant des cellules cancéreuses libres (cancer du sein, Dr Courtin).

le maître de l'écoulement des liquides contaminés qui occupent les réseaux anastomotiques.

Ces réseaux, véritable éponge, sont vidés forcément d'une partie de leur contenu dangereux au moment de la section des tissus et par le seul fait de la rétraction de ces mêmes tissus ; la rétraction énorme de la peau vide le réseau sous-cutané, la rétraction plus grande encore du muscle vide le réseau aponévrotique que Handley considère à tort ou à raison comme le plus infecté.

Il est donc fatal que le processus de *dégorgement* entre en jeu dans les interventions sanglantes sur les cancers superficiels.

Ce processus pathogénique constitue une explication aussi simple que claire des récidives les plus mystérieuses en apparence.

C'est donc lui qu'il faut incriminer comme cause de certaines récidives locales qu'il serait difficile de s'expliquer autrement, avec l'emploi des techniques chirurgicales modernes.

La deuxième préparation nous présente une figure identique dans la peau de la région mammaire ; elle provient d'un cancer du sein d'allure très maligne opéré par M. le Dr Courtin, de Bor-

deaux. Là encore un lymphatique du réseau dermique se montre distendu par une véritable émulsion de cancer (fig. 2).

Dans ce même sein, une autre préparation nous montre aussi de nombreux exemples de vaisseaux lymphatiques ou sanguins infestés de cellules cancéreuses, s'y présentant sous forme de petits amas ou parfaitement désagrégés (fig. 3).

Notons que c'est dans les formes de cancer aigu du sein que ce processus est le plus facile à mettre en évidence, et que c'est aussi dans ces cas-là que la récidive locale se montre le plus inexorable.

La quatrième préparation concerne le processus d'envahissement cancéreux par voie sanguine, qui s'observe parfois comme suite et peut-être même comme conséquence directe de certaines interventions.

Il s'agit, en l'espèce, d'un cancer parotidien opéré par notre maître le professeur Chavannaz, de Bordeaux. La difficulté de l'extirpation de ces tumeurs explique assez bien l'effraction facile des vaisseaux sanguins.

On peut voir dans les préparations un certain nombre de vaisseaux lymphatiques et sanguins contenant des cellules épithéliales désagrégées. Le fait est surtout remarquable pour les petits vaisseaux veineux dans le voisinage des ganglions parotidiens compris dans la coupe.

Ces ganglions eux-mêmes ne sont guère envahis que d'une façon discrète et probablement opératoire. Leurs sinus et leurs veinules hiliennes contiennent de-ci de-là quelques éléments cancéreux flottants.

La première idée qui vient à l'esprit, c'est que ces éléments cancéreux libérés dans les vaisseaux sanguins peuvent être l'occasion de rapides généralisations à distance. Certains auteurs, particulièrement en Angleterre, tendent à réduire considérablement l'importance de ce danger, au profit de la propagation lymphatique lente. Malgré cela, comme personne n'ose le nier absolument, il convient de se demander de quelle façon les cellules cancéreuses pénètrent dans les voies sanguines et c'est à ce sujet que les figures constatées dans nos préparations peuvent être intéressantes.

Nous observons les cellules épithéliales dans les sinus lymphatiques, dans les veines hiliennes et dans les veines péri-ganglionnaires. Nous soupçonnerons donc que l'effraction s'est effectuée au niveau du ganglion.

Nous savons que la circulation du ganglion comprend un véritable petit système porte lymphatique qui dans son intégrité, c'est-à-dire au début de l'invasion, filtre presque complètement la lymphe cancéreuse qui le traverse ; nous savons aussi, qu'en plus d'un point, les sinus lymphatiques ne sont séparés des vaisseaux sanguins que par une cloison extrêmement mince et fragile presque réduite à deux endothéliums adossés.

Si au moment de l'intervention les ganglions contiennent quelques cellules lymphatiques embolisées, des pressions répétées sur ces ganglions peuvent fort bien faire éclater par places les vaisseaux sanguins et les mettre en communication avec les sinus lymphatiques.

Quel que soit d'ailleurs son mécanisme, l'invasion des vaisseaux sanguins leur permet ensuite de jouer un rôle dans l'infection par dégorgement de la plaie opératoire.

La cinquième préparation est plutôt une pièce macroscopique que microscopique. Il s'agit d'un cancer du sein opéré par extirpation très large de la glande et de l'aponévrose pectorale en ménageant le muscle.



Fig. 3. — Un vaisseau sanguin de la glande mammaire contenant des cellules cancéreuses (cancer du sein, Dr Courtin).

La coupe de la peau pratiquée perpendiculairement à l'axe sterno-axillaire de la cicatrice, nous montre la distribution de la récidive

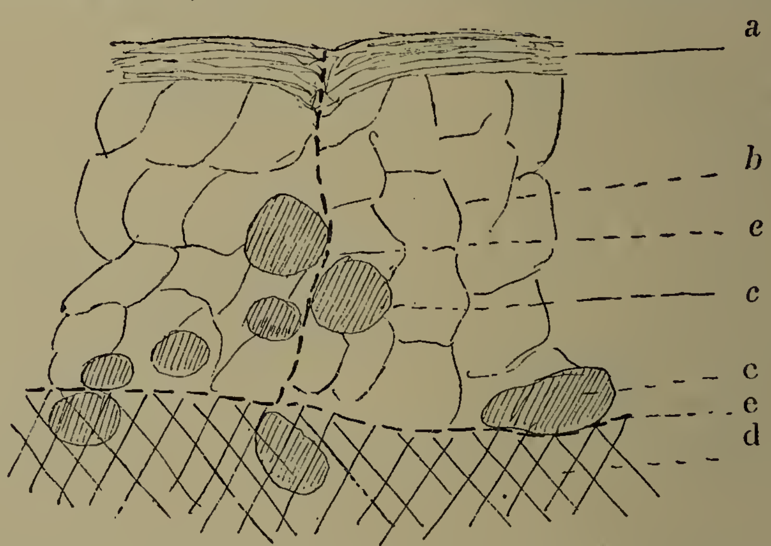


Fig. 4. — Schéma de la répartition des nodules de récidive dans un cancer du sein.
a. Peau ; *b*. Tissu cellulaire sous-cutané ; *c*. Nodules cancéreux ; *d*. Muscle pectoral ; *e*. Tracé pointillé indiquant la ligne d'affrontement des tissus.

cancéreuse en forme de T renversé. On voit successivement le raphé dermique indemne ; la ligne d'affrontement du tissu cellulaire

sous-cutané (branche verticale du T) à laquelle se rattachent deux ou trois nodules,

La branche horizontale du T correspond à l'affrontement du plan musculaire avec le tissu cellulaire sous-cutané ramené sur lui par le glissement la peau. Elle marque la place de l'aponévrose enlevée. Là encore s'observent un assez grand nombre de nodules mordant parfois assez profondément le muscle (fig. 4).

En somme, cette récidive dont tous les foyers sans exception se sont développés au contact des plans de section et de suture s'explique le mieux du monde par la théorie du dégorgement, ou à la rigueur, celle de l'inoculation directe par le bistouri. Elle condamne la théorie d'après laquelle le cancer récidive faute d'avoir été totalement enlevé.

Il est inadmissible que l'extension du cancer ait dépassé en 7 ou 8 points la zone extirpée et l'ait juste dépassée, avec discernement pour ainsi dire en tous ses points, sans manifester une infection plus étendue par aucune colonie aberrante.

Il serait difficile aussi, étant donnée la rareté de l'invasion primitive du muscle, de considérer la récidive comme l'éclosion d'une invasion primitive méconnue tout d'abord, et cela seulement dans les points exposés au cours de l'opération à l'avivement par le bistouri.

III

Sarcome à myéloplaxes du corps thyroïde,

par M. Pierre Nadal.

Il s'agit d'une malade opérée par M. le professeur Chavannaz.

Cette femme de 48 ans, porteuse d'un goître ancien venait de traverser la crise de ménopause, lorsque le néoplasme subit la dégénérescence maligne et atteignit en quelques semaines un développement inquiétant. Le lobe droit était le plus atteint mais la tumeur empiétait sur l'isthme et le lobe gauche.

Au moment de l'opération (7 janvier 1910) on essaye en vain de réaliser l'extipation intracapsulaire. Il y avait infiltration du tissu néoplasique dans les portions glandulaires ambiantes, et jusque dans l'épaisseur de la trachée.

Après 10 jours de détente des accidents réapparaissent : dyspnée, cornage, accès de suffocation menaçants ; Le 17e jour après l'intervention, on pratique une trachéotomie au cours de laquelle on peut apprécier l'extension considérable des lésions ; cette opération est suivie d'un soulagement marqué. La malade est depuis perdue de vue.

La tumeur extirpée dont nous vous présentons ici plusieurs préparations, était une masse du volume du poing, blanchâtre avec quelques points plus foncés, plutôt molle et parfois franchement encéphaloïde.

Dans aucune des coupes examinées, on ne relève la moindre trace du corps thyroïde. La totalité du tissu intéressé est de nature

néoplasique. La structure varie suivant les points : On observe une vague subdivision en gros territoires mal délimités par des bandes d'un tissu presque fibreux.

Par ailleurs on passe insensiblement de ce tissu à des zones constituées parfois comme le sarcome fuso-cellulaire le plus typique, réalisant plus souvent encore l'apparence du sarcome à myéloplaxes.

Les parties fibreuses ne présentent rien de remarquable si ce n'est un état hyalin un peu particulier, et parfois une dégénérescence myxomateuse.

Les nappes sarcomateuses constituant la majeure partie du néoplasme sont beaucoup plus intéressantes; on y rencontre un peu partout et parfois même en amas serrés de très nombreux myéloplaxes.

Ce sont des cellules de volume variable parfois énorme dont les bords rétractés des tissus ambiants présentent des encoches correspondant aux empreintes des éléments voisins.

Parfois même ces éléments cellulaires contigus aux myéloplaxes sont arrachés et entraînés dans la rétraction de la grande cellule formant à cette dernière une collerette incomplète de noyaux d'origine étrangère.

Quant aux noyaux propres de ces myéloplaxes, ils peuvent être innombrables, nous arrivons à en compter dans une seule coupe optique jusqu'à 70 ou 80 par cellule pour les plus volumineuses d'entre elles. Ces noyaux sont relativement petits, ovales et régulièrement distribués sur toute la partie centrale de la cellule épargnant un peu la région périphérique dans laquelle au contraire se trouvent exclusivement englobés les noyaux étrangers.

Outre leur siège ces derniers se distinguent aussi par un volume plus considérable et une coloration moins massive.

Le tissu dans lequel baignent ces myéloplaxes contient des éléments du même ordre mais de toutes les dimensions nous conduisant progressivement jusqu'aux cellules mononucléées de la trame du sarcome.

Parmi ces éléments moins riches en noyaux certains présentent de 1 à 3 ou 4 noyaux très volumineux de formes extrêmement variables et d'apparence épithélioïde. Ce sont là des cellules d'une très grande activité et qui n'ont peut-être avec les myéloplaxes proprement dits que d'assez lointains rapports.

La tumeur est donc un sarcome à myéloplaxes qu'aucun caractère morphologique ne permettra, semble-t-il, de distinguer des sarcomes à myéloplaxes types que l'on observe avec une prédilection si marquée au niveau du maxillaire inférieur.

La présence dans la glande tyroïde d'une tumeur réalisant si bien un type histologique considéré par beaucoup comme propre à l'os, soulève une question assez obscure de pathogénie.

A vrai dire on a bien signalé fréquemment et un peu partout des néoplasmes qu'on a revêtus de l'étiquette de sarcome à

myéloplaxes, mais il semble qu'il s'agisse dans le plus grand nombre de ces cas de tumeurs sarcomateuses ne réalisant que de loin le type histologique qui nous occupe et contenant seulement un plus ou moins grand nombre de cellules multinucléées quelconques dues aux anomalies de cariokynèse si fréquentes dans les sarcomes.

Ou bien le cas que nous venons de rapporter, malgré la similitude de caractères que nous avons tenu à souligner, doit être suspect lui aussi et ne mérite pas d'être identifié avec l'espèce néoplasique sarcome à myéloplaxes.

Ou bien le sarcome à myéloplaxes n'a pas forcément pour origine, comme on tend à le croire, des éléments spécifiques osseux ou médulaires.

Ou bien enfin, de telles tumeurs tyroïdiennes prennent leur origine dans des troubles, hypothétiques du développement régional à l'exemple des tumeurs mixtes.

IV

Cancer du sein développé au voisinage d'un nodule de fibro-adénome (?). Propagation par transformation très étendue,

par M. Pierre Nadal.

Ce cancer opéré par M. le professeur Chavannaz présente un ensemble de caractères assez particuliers. Il nous semble constituer un exemple de ce que divers auteurs, Fabre-Domergue en particulier, ont décrit sous le nom de propagation par transformation.

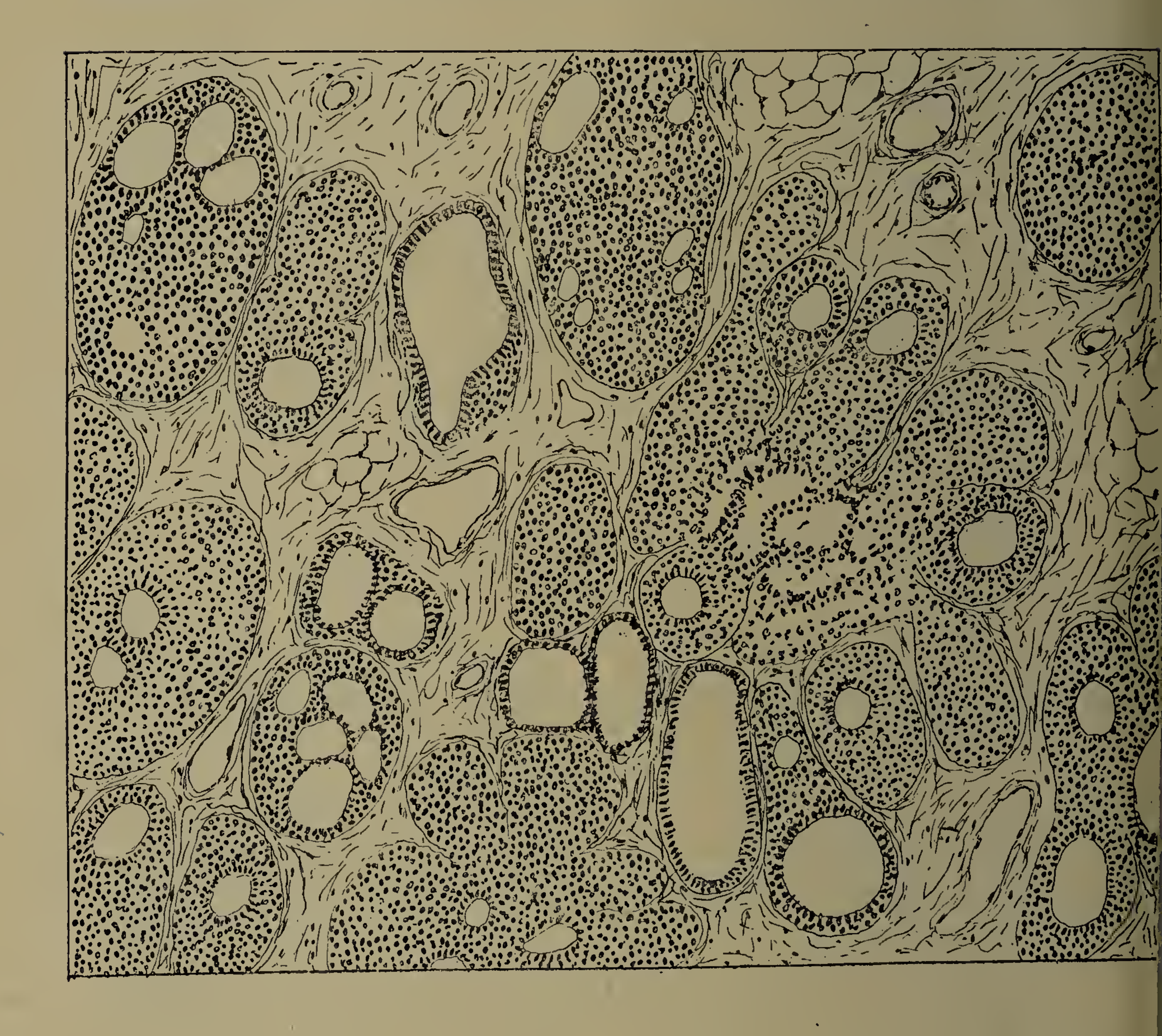
A la section du sein, on observe tout d'abord un petit nodule fibreux de la grosseur d'une noisette. A ce nodule adhère un foyer néoplasique de forme squirrheuse agrippant les tissus ambiants. Le reste de la glande présente un aspect différent de l'état de repos atrophique habituel dans lequel se trouvent les glandes mammaires au voisinage d'un cancer. Nous ne saurions mieux le comparer qu'à celui d'une mamelle en lactation et c'est en effet à cette première opinion que nous nous étions tenu après le seul examen macroscopique.

Examen histologique. — Nous ne dirons rien de la tumeur fibreuse qui n'est peut-être qu'un faux adénofibrome d'ordre inflammatoire.

Le nodule cancéreux proprement dit est constitué comme un squirrhe vulgaire, avec dans les zones les plus jeunes un assez grand nombre de tubes à épithélium sub typique.

Mais les parties les plus intéressantes de la tumeur sont celles extrêmement étendues où le processus cancéreux n'en est encore

qu'à son début. Dans toutes ces régions l'arbre glandulaire est amplifié, mais, tout en conservant la disposition générale acinoïde des éléments glandulaires, il ne réalise pour ainsi dire en aucun point l'aspect typique de l'adénome. On trouve là plus que de l'hyperplasie adénomateuse ; c'est véritablement du cancer à l'état naissant.



Tantôt les tubes ont leur épithélium disposé sur plusieurs couches, tantôt cet épaississement est tel que la paroi distendue contient un énorme cylindre d'épithélium dans lequel il n'y a plus place que pour une ou plusieurs lumières relativement très petites, tantôt enfin et le plus souvent la cavité glandulaire est oblitérée par la production épithéliale au point que l'ensemble dessine une glande pleine (V. figure).

Le stroma n'a rien de commun avec celui que constitue aux squirrhes la réaction du tissu ambiant. Il est au contraire extrêmement lâche et délié comme celui de la mamelle en lactation ou de toute autre glande en activité.

Il n'y a en aucun point la moindre trace de nécrose de ces masses épithéliales substituées aux acini, nécroses qui seraient de règle dans les cancers gardant le type encéphaloïde.

Les ganglions sont profondément envahis. Les masses néopla-

siques qui les occupent en sont encore au stade acinoïde de leur évolution, c'est-à-dire que presque en aucun point on n'y observe la disposition squirrheuse arrivée à maturité. Les épithéliums y sont répartis en marge d'innombrables cavités pseudo-glandulaires. C'est ce que l'on aurait appelé autrefois un épithélioma cylindrique métatypique.

Il est probable qu'ici la glande mammaire était à peu près tout entière en imminence de transformation cancéreuse. Le processus aurait débuté en un point, puis se serait généralisé un peu plus tard dans une seconde poussée.

Les zones les moins avancées de notre tumeur ne peuvent évidemment pas être interprétées comme résultant de l'invasion, de *l'irruption* banale consécutive aux progrès du foyer primitif.

Comme ces derniers territoires se trouvent avoir manifesté avec un certain retard leur activité cancéreuse, elles semblent ainsi n'en avoir pas eu l'initiative ; on pourrait supposer qu'elles ont subi l'influence des éléments voisins, les premiers cancéreux. Elles auraient été persuadées, débauchées par une action directe, soit physique (induction cellulaire), soit humorale.

C'est là le processus de propagation par transformation, tel que paraissent le concevoir les auteurs.

Nous ne croyons pas nécessaire d'invoquer cette influence directe transformatrice. Il est plus simple d'admettre que dans chaque élément frappé la transformation cancéreuse résulte des mêmes causes qui ont amorcé le foyer initial. Les éléments de la zone transformable et transformée par la suite font partie de ce foyer initial au même titre que les premiers éléments càncéreux. Ce sont là les membres fondateurs du cancer.

Le territoire prédestiné à la cancérisation primaire peut être très variable ; nous ignorons s'il peut être réduit à une seule cellule comme Bard pense qu'il est de règle, mais il est certain qu'il peut être parfois très étendu (cancers massifs) et même exceptionnellement constitué de foyers multiples.

D'ordinaire ce territoire est très étroit, et le processus cancéreux frappe très rapidement ou même d'emblée tout ce qu'il doit frapper. Cette période pendant laquelle le cancer lève des troupes, pour ainsi dire, est donc fort courte, et on a rarement l'occasion d'observer la propagation par transformation, la flambée cancéreuse sur une aussi grande étendue que dans notre cas.

Quelle que soit d'ailleurs l'amplitude de la zone transforma-

ble, quand elle est franchie, le cancer n'évangélise plus jamais, mais au contraire détruit sans distinction de parenté tout ce qu'il trouve sur son passage.

Dans notre observation le point squirrheux représente la phase de maturité de la tumeur, les ganglions intéressés par la zone d'envahissement nous montrent des colonies jeunes, très peu avancées, et enfin les parties sur lesquelles nous avons particulièrement attiré l'attention représentent l'éclosion du processus cancéreux.

Nous n'avons pas besoin de dire combien serait abusive l'étiquette d'adénocarcinome appliquée à cette tumeur ; il ne s'agit pas dans les cas de ce genre d'accouplement de deux types histologiques, mais bien d'un type un, lesquirrhe banal : dont nous avons eu le bonheur de retrouver dans la même pièce les diverses phases du développement.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)

